



ਮੈਡੀਕਲ ਅਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਨਿਰਣਾ  
MEDICAL DISABILITY DECISION

DSHS 14-144A(X)

ਹਿਦਾਇਤਾਂ

ਡੀ.ਐਸ.ਐਚ.ਐਸ. 14-144 ਦੇ (ਐਕਸ) ਫਾਰਮ ਵਿਚ ਮੈਡੀਕਲ ਅਯੋਗਤਾ ਦੇ ਦਾਅਵੇਦਾਰਾਂ ਦੀ ਮੈਡੀਕਲ ਅਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਰਿਪੋਰਟ, ਮੈਡੀਕਲ ਸਥੂਤ ਅਤੇ ਦਾਅਵੇਦਾਰਾਂ ਦੇ ਕੰਮ-ਕਾਰ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਦੇਣਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰ ਕੇ ਡਿਵੀਜ਼ਨ ਆਫ਼ ਡਿਸਟੋਬਿਲਿਟੀ ਡਿਟਰਮਿਨੇਸ਼ਨ ਸਰਵਿਸ ਵਿਚ ਭੇਜਣਾ ਹੈ ਤਾਂਕਿ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੀ ਮੈਡੀਕਲ ਅਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਫੈਸਲਾ ਲਿਆ ਜਾ ਸਕੇ।

ਡੀ.ਐਸ.ਐਚ.ਐਸ. 14-144 ਦੇ (ਐਕਸ) ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਣ ਦਾ ਕੰਮ ਸਰਵਿਸ ਵਰਕਰ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਸਰਵਿਸ ਵਰਕਰ ਇਸ ਗੱਲ ਦਾ ਧਿਆਨ ਰਖੋ ਕਿ ਫਾਰਮ ਦੇ ਉੱਪਰ ਵਰਕਰ ਦਾ ਨਾਂ, ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਸਰਵਿਸ ਆਫਿਸ ਅਤੇ ਟੋਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਲਿਖਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।

**ਸਰਵਿਸ ਵਰਕਰ ਲਈ ਟਿੱਪਣੀ:** ਮੂਲ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਡੀ.ਡੀ.ਐਸ. ਭੇਜਣਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉੱਥੋਂ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਉਸਨੂੰ ਸਰਵਿਸ ਫਾਈਲ ਵਿਚ ਰਖਣਾ ਹੈ।

1. ਸਰਵਿਸ ਵਰਕਰ ਫਾਰਮ ਦੇ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿਚ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਨਾਂ, ਸੋਸਲ ਸਿਕਿਊਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (ਐਸ. ਐਸ. ਐਨ.) ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਅਯੋਗਤਾ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਦੇਵੇਗਾ।
2. ਫਾਰਮ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਭਾਗ - ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰਨ ਵਿਚ ਸਰਵਿਸ ਵਰਕਰ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਖਾਨੇ ਵਿਚ ਸਹੀ ਤਾਰੀਖ ਲਿਖਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ ਪਰ ਮਹੀਨਾ ਅਤੇ ਸਾਲ ਲਿਖਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।
3. ਫਾਰਮ ਦੇ ਦੂਜੇ ਭਾਗ - ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰਨ ਵਿਚ ਸਰਵਿਸ ਵਰਕਰ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਡਾਕਟਰਾਂ ਦੀ ਪਛਾਣ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਦੀਆਂ ਮੂਲ ਥਾਂਵਾਂ ਬਾਰੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣਾ ਬਹੁਤ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।
4. ਫਾਰਮ ਦੇ ਤੀਜੇ ਭਾਗ - ਤੁਹਾਡੀ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰਨ ਵਿਚ ਸਰਵਿਸ ਵਰਕਰ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਸਰਵਿਸ ਵਰਕਰ ਨੂੰ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਪੜ੍ਹੋਲੀ ਕਰਕੇ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੀ ਅਯੋਗਤਾ ਦਾ ਸਹੀ ਸਹੀ ਪਤਾ ਲਗਾਵੇ।
5. ਫਾਰਮ ਦੇ ਚੌਥੇ ਭਾਗ - ਤੁਹਾਡੀ ਪੜ੍ਹਾਈ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰਨ ਵਿਚ ਸਰਵਿਸ ਵਰਕਰ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਸਕੂਲ ਦੀਆਂ ਕਲਾਸਾਂ ਸਪੈਸ਼ਲ ਐਜੂਕੇਸ਼ਨ ਕਲਾਸਾਂ ਹੋਣ ਤਾਂ ਇਸ ਗੱਲ ਨੂੰ ਨੋਟ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ।
6. ਫਾਰਮ ਦੇ ਪੰਜਵੇਂ ਭਾਗ - ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰਨ ਵਿਚ ਸਰਵਿਸ ਵਰਕਰ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇੱਥੋਂ ਇਹ ਲਿਖਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿ ਕੰਮ ਕਿਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦਾ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਨੌਕਰੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ-ਪਤਾ।

# ਅਯੋਗਤਾ ਰਿਪੋਰਟ

## ਮੈਡੀਕਲ ਅਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਨਿਰਣਾ MEDICAL DISABILITY DECISION

ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਜਾਂ ਉਸਦੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਨਾਲ ਇੰਟਰਵਿਊ ਦੇ ਸੌਂਕ ਸੋਸਲ ਸਰਵਿਸ ਵਰਕਰ ਨੇ ਭਰਨਾ ਹੈ। ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਸਾਰੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਸਾਫ਼ ਅਖ਼ਰਤਾਂ ਨਾਲ ਲਿਖ ਕੇ ਜਾਂ ਟਾਈਪ ਕਰਕੇ ਦਿਉ। ਸਾਰੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। ਪੂਰਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਦਾਅਵੇ ਬਾਰੇ ਛੇਤੀ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਵਿਚ ਮਦਦ ਮਿਲੇਗੀ। ਜੇ ਕਿਸੇ ਸਵਾਲ ਦੇ ਜਵਾਬ ਲਈ ਫਾਰਮ ਵਿਚ ਜਗ੍ਹਾ ਘਟ ਪੈਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਜਵਾਬ ਵੱਖਰੇ ਕਾਗਜ਼ ਤੇ ਲਿਖਕੇ ਫਾਰਮ ਦੇ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰ ਦਿਉ।

1. ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਨਾਮ	2. ਸੋਸਲ ਸਿਕਿਤਿਸ਼ਟੀ ਨੰਬਰ	3. ਟੋਲੀਫ਼ੋਨ (ਏਰੀਆ ਕੇਂਦਰ ਸਮੇਤ) ( )
4. ਤੁਹਾਡੀ ਮੈਡੀਕਲ ਅਯੋਗਤਾ ਕੀ ਹੈ? ਜਿਸ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਚੋਟ ਕਰਨ ਤੁਸੀਂ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਉਸਦਾ ਵਰਵਾ ਬੇਤੇ ਸ਼ਬਦਾਂ ਵਿਚ ਦੇਵੇ।		

### ਪਹਿਲਾ ਭਾਗ - ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

1. ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਹਾਲਤ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਕਦੇਂ ਹੋਇਆ \_\_\_\_\_ ਮਹੀਨਾ      ਦਿਨ      ਸਾਲ
- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 2A. ਉਪਰਲੇ ਖਾਨੇ ਵਿਚ ਲਿਖੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕੰਮ ਕੀਤਾ ਹੈ? ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਸਿੱਧੇ ਤਾਂ ਅਤੇ ਤਭ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਉ।   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2B. ਜੇ 2A ਦੇ ਜਵਾਬ ਵਿਚ ਤੁਸੀਂ 'ਹਾਂ' ਲਿਖਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਕੀ ਆਪਣੀ ਹਾਲਤ ਕਾਰਨ ਤੁਸੀਂ ਹੋਠਾਂ ਲਿਖੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਵਿਚੋਂ ਕੁਝ ਬਦਲਿਆ ਹੈ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ਕੰਮ ਦੀ ਥਾਂ ਜਾਂ ਡਾਕਟਰੀ  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ਕੰਮ ਦੇ ਪੰਥੇ  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ਕੰਮ ਤੇ ਹਜ਼ਰੀ   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ਕੰਮ ਦੇ ਬਾਰੇ ਕੁਝ ਹੋਰ  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2C. ਜੇ 2B ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਖਾਨੇ ਵਿਚ ਤੁਸੀਂ 'ਹਾਂ' ਭਰਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਦਸੇ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਦੇ ਹਾਲਤ ਵਿਚ ਕਿਹੜੀਆਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਆਈਆਂ, ਕਦੇਂ ਆਈਆਂ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਨਾਲ ਕੀ ਸਬੰਧ ਸੀ? |                          |                          |

- 3A. ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਕਾਰਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਖਰਕਾਰ ਕਦੇਂ ਕੰਮ ਢੱਡਣਾ ਪਿਆ?      ਮਹੀਨਾ      ਦਿਨ      ਸਾਲ
- 3B. ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਵਿਚ ਕਿਹੜੀ ਚੀਜ਼ ਅਜਿਹੀ ਹੈ ਜਿਸਦੇ ਕਾਰਨ ਤੁਸੀਂ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ?

### ਦੂਜਾ ਭਾਗ - ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

1. ਜਿਸ ਡਾਕਟਰ ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਸਭ ਤੋਂ ਅੰਤ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਹੈ ਉਸ ਡਾਕਟਰ ਬਾਰੇ ਹੋਠ ਲਿਖੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਉ।
- |  |                                |   |
|--|--------------------------------|---|
| 1. ਜਿਸ ਡਾਕਟਰ ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਸਭ ਤੋਂ ਅੰਤ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਹੈ ਉਸ ਡਾਕਟਰ ਬਾਰੇ ਹੋਠ ਲਿਖੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਉ।  | <input type="checkbox"/>       | ਜੇ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਕੋਈ ਡਾਕਟਰ ਨਹੀਂ ਹੈ ਤਾਂ ਇੱਥੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ। |
| ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ   | ਟੋਲੀਫ਼ੋਨ (ਏਰੀਆ ਕੇਂਦਰ ਸਮੇਤ) ( ) | ਇਸ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਕਿੱਨੇ ਕਿੱਨੇ ਸਮੇਂ                           |
| ਪਤਾ  |                                | ਇਸ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਕਦੇਂ                             |
| ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਚੋਟ, ਜਿਸਦੀ ਜਾਂਚ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਤੁਸੀਂ ਕਰਵਾਇਆ?  |                                | ਇਸ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਵਾਰ ਕਦੇਂ                              |
| ਕਿਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਇਆ ਜਾਂ ਦਵਾਈਆਂ ਲਈਆਂ (ਜਿਵੇਂ, ਸਰਜਰੀ, ਕੈਮੋਥੈਰੇਪੀ, ਰੈਡੀਏਸ਼ਨ, ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦਾ ਨਾਮ (ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਤਾ ਹਨ) ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਚੋਟ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਲੈਂਦੇ ਹੋ)। ਜੇ ਕੋਈ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ ਜਾਂ ਕੋਈ ਦਵਾਈਆਂ ਨਹੀਂ ਲਈਆਂ ਤਾਂ ਇੱਥੇ "ਕੋਈ ਨਹੀਂ" ਲਿਖੋ। |                                |   |
| 2. ਮੈਡੀਕਲ ਅਯੋਗਤਾ ਦੀ ਹਾਲਤ ਸੁਰੂ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਮਿਲੇ ਹੋ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ      ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਜਵਾਬ 'ਹਾਂ' ਹੈ ਤਾਂ ਹੋਠ ਲਿਖੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਉ।   |                                |   |
| ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ   | ਟੋਲੀਫ਼ੋਨ (ਏਰੀਆ ਕੇਂਦਰ ਸਮੇਤ) ( ) | ਇਸ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਕਿੱਨੇ ਕਿੱਨੇ ਸਮੇਂ                           |
| ਪਤਾ  |                                | ਇਸ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਕਦੇਂ                             |
| ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਚੋਟ, ਜਿਸਦੀ ਜਾਂਚ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਤੁਸੀਂ ਕਰਵਾਇਆ?  |                                | ਇਸ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਵਾਰ ਕਦੇਂ                              |
| ਕਿਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਇਆ ਜਾਂ ਦਵਾਈਆਂ ਲਈਆਂ (ਜਿਵੇਂ, ਸਰਜਰੀ, ਕੈਮੋਥੈਰੇਪੀ, ਰੈਡੀਏਸ਼ਨ, ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦਾ ਨਾਮ (ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਤਾ ਹਨ) ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਚੋਟ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਲੈਂਦੇ ਹੋ)। ਜੇ ਕੋਈ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ ਜਾਂ ਕੋਈ ਦਵਾਈਆਂ ਨਹੀਂ ਲਈਆਂ ਤਾਂ ਇੱਥੇ "ਕੋਈ ਨਹੀਂ" ਲਿਖੋ। |                                |   |
| ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਵੀ ਮਿਲੇ ਹੋ ਤਾਂ ਉਸਦਾ ਵੇਰਵਾ ਇੱਕ ਵੱਖਰੇ ਕਾਗਜ਼ ਤੇ ਲਿਖ ਕੇ ਉਪਰਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰ ਦਿਉ।  |                                |   |

ਦੂਜਾ ਭਾਗ - ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਜਾਰੀ)

3. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਯੋਗ ਬਨਾਉਣ ਵਾਲੀ ਭਕਲੀਫ ਦੇ ਕਾਰਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿਚ ਦਾਖਲ  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਜਵਾਬ 'ਹਾਂ' ਹੈ ਤਾਂ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਓ।

ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਕਲਿਨਿਕ ਦਾ ਨਾਮ	ਪਤਾ
ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂ ਕਲਿਨਿਕ ਨੰਬਰ	
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿਚ (ਪਟੇ ਘਟ ਟਿਕ ਰਾਤ) ਰਹਿਣਾ ਪਿਆ ਸੀ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਓ।	ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਬਾਹਰੀ ਮਰੀਜ਼ (ਆਉਟ-ਪੋਸਟ) ਸੀ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਹੜੀਆਂ ਤਾਰੀਖਾਂ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਉੱਚੇ ਗਏ ਸੀ?
ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂ ਕਲਿਨਿਕ ਨੰਬਰ	ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂ ਕਲਿਨਿਕ ਨੰਬਰ

ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਚੋਟ ਜਿਸਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਇਆ

ਕਿਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਇਆ ਜਾਂ ਦਵਾਈਆਂ ਲਈਆਂ (ਜਿਵੇਂ, ਸਰਜਰੀ, ਕੈਮਿਕਾਈਪੀ, ਰੈਡੀਏਸ਼ਨ, ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦਾ ਨਾਮ (ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਤਾ ਹਨ) ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਚੋਟ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਲੈਂਦੇ ਹੋ)। ਜੇ ਕੋਈ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ ਜਾਂ ਕੋਈ ਦਵਾਈਆਂ ਨਹੀਂ ਲਈਆਂ ਤਾਂ ਇੱਥੇ "ਕੋਈ ਨਹੀਂ" ਲਿਖੋ।

4. ਆਪਣੀ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਚੋਟ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਕਲਿਨਿਕ ਵਿਚ ਰਹਿਣਾ ਪਿਆ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦੇਵੋ।

ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਕਲਿਨਿਕ ਦਾ ਨਾਮ	ਪਤਾ
ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂ ਕਲਿਨਿਕ ਨੰਬਰ	
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿਚ (ਪਟੇ ਘਟ ਟਿਕ ਰਾਤ) ਰਹਿਣਾ ਪਿਆ ਸੀ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਜਾਂ, ਤਾਂ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਦਿਓ।	ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਬਾਹਰੀ ਮਰੀਜ਼ (ਆਉਟ-ਪੋਸਟ) ਸੀ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਹੜੀਆਂ ਤਾਰੀਖਾਂ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਉੱਚੇ ਗਏ ਸੀ?
ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂ ਕਲਿਨਿਕ ਨੰਬਰ	ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂ ਕਲਿਨਿਕ ਨੰਬਰ

ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਚੋਟ ਜਿਸਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਇਆ

ਕਿਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਇਆ ਜਾਂ ਦਵਾਈਆਂ ਲਈਆਂ (ਜਿਵੇਂ, ਸਰਜਰੀ, ਕੈਮਿਕਾਈਪੀ, ਰੈਡੀਏਸ਼ਨ, ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦਾ ਨਾਮ (ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਤਾ ਹਨ) ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਚੋਟ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਲੈਂਦੇ ਹੋ)। ਜੇ ਕੋਈ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ ਜਾਂ ਕੋਈ ਦਵਾਈਆਂ ਨਹੀਂ ਲਈਆਂ ਤਾਂ ਇੱਥੇ "ਕੋਈ ਨਹੀਂ" ਲਿਖੋ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਚੋਟ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿਚ ਵੀ ਹੋਇਆ ਹੈ ਤਾਂ ਉਸਦਾ ਨਾਮ, ਪਤਾ, ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂ ਕਲਿਨਿਕ ਨੰਬਰ, ਤਾਰੀਖਾਂ ਅਤੇ ਕਾਰਣ ਛੇਵੇਂ ਭਾਗ ਵਿਚ ਲਿਖੋ ਜਾਂ ਇਕ ਅਲਗ ਕਾਗਜ਼ ਤੇ ਲਿਖਕੇ ਫਾਰਮ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰ ਦਿਓ।

5. ਕੀ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਟੈਸਟਾਂ ਵਿਚੋਂ ਕੋਈ ਟੈਸਟ ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ ਇਕ ਸਾਲ ਦੇ ਸੈਚਾਨ ਕਰਾਇਆ ? ਜੇ ਕਿਸੇ ਖਾਨੇ ਵਿਚ ਤੁਹਾਡਾ ਜਵਾਬ 'ਹਾਂ' ਹੈ ਤਾਂ ਦਸੇ ਕਿ ਇਹ ਟੈਸਟ ਕਿਥੋਂ ਅਤੇ ਕਿਥੋਂ ਕਰਾਇਆ?

ਟੈਸਟ	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	ਕਿਥੋਂ ?	ਕਿਥੋਂ ?
ਇਲੈਕਟਰਿਕ ਕਾਰਡੋਇਗ੍ਰਾਮ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ਡਾਚੀ ਦਾ ਐਕਸਰੇ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ਕੋਈ ਹੋਰ ਐਕਸਰੇ (ਕਿਹੜਾ? - ਲਿਖੋ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ਸਾਹ ਦੇ ਟੈਸਟ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ਲਹੂ ਦਾ ਟੈਸਟ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ਕੋਈ ਹੋਰ ਟੈਸਟ (ਕਿਹੜਾ? - ਲਿਖੋ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

6. ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਨੇ ਮੈਡਿਕਲ ਕਾਰਡ ਹੈ ਤਾਂ ਉਸ ਦਾ ਨੰਬਰ ਲਿਖੋ \_\_\_\_\_

ਤੀਜਾ ਭਾਗ - ਤੁਹਾਡੀ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

1. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਨਾ ਕਰਣ ਲਈ ਜਾਂ ਘਟ ਕੰਮ ਕਰਣ ਲਈ ਕਿਹਾ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ  
ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ ਏਥੇ ਲਿਖੋ ਤੇ ਦਸੇ ਕਿ ਕੰਮ ਨਾ ਕਰਣ ਜਾਂ ਘਟ ਕੰਮ ਕਰਣ ਬਾਰੇ ਉਸਨੇ ਕੀ ਕਿਹਾ ਹੈ?

### ਤੀਜਾ ਭਾਗ - ਤੁਹਾਡੀ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ(ਜਾਰੀ)

2. ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਖੇਡਰਾਂ ਵਿਚ ਆਪਣੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮ ਕਾਜ ਬਾਰੇ ਵੇਰਵਾ ਦਿਉ ਤੇ ਸਮੇਂ ਤੁਸੀਂ ਕਿਨ੍ਹਾਂ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤੇ ਕਿਥੋਂ ਕਿਥੋਂ ਕਰਦੇ ਹੋ?

- ਪਰ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ (ਖਾਣਾ ਬਨਾਉਣਾ, ਸਫ਼ਾਈ, ਸਮਾਨ ਖਰੀਦਣਾ, ਪਰ ਦੇ ਦੂਜੇ ਕੰਮ-ਕਾਜ)

- ਮਨੋਰੰਜਨ ਅਤੇ ਸੈਕ (ਸਿਕਾਰ ਖੇਡਣਾ, ਮੱਛਲੀ ਪਕੜਨਾ, ਬਾਉਲਿੰਗ, ਹਾਇਕਿੰਗ, ਸੰਗੀਤਕ ਸਾਜ਼ ਢੜਾਉਣਾ ਆਦਿ)

- ਸਮਾਜਕ ਸਬੰਧ (ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰਾਂ, ਦੋਸਤਾਂ, ਗੁਆਂਢੀਆਂ ਨੂੰ ਮਿਲਣਾ)

- ਕੋਈ ਹੋਰ ਕੰਮ (ਕਾਰ, ਮੋਟਰ ਸਾਇਕਲ ਚਲਾਣਾ, ਬਸ ਦੀ ਸਵਾਰੀ ਆਦਿ)

### ਚੌਥਾ ਭਾਗ - ਤੁਹਾਡੀ ਪੜ੍ਹਾਈ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

1. ਤੁਸੀਂ ਸਕੂਲ ਵਿਚ ਕਿਹੜੀ ਕਲਾਸ ਤਕ ਦੀ ਪੜ੍ਹਾਈ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਹੈ? \_\_\_\_\_ ਕਿਹੜੇ ਸਾਲ ਵਿਚ? \_\_\_\_\_

2. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਧੇਸੇ ਜਾਂ ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਸਬੰਧੀ ਸਕੂਲ ਵਿਚ ਪੜ੍ਹੇ ਹੋ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਉ।

ਇਹ ਕਿਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇ ਕੰਮ ਜਾਂ ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਸਬੰਧੀ ਸਕੂਲ ਜਾਂ ਟ੍ਰੈਨਿੰਗ ਸੀ?

ਲਗਭਗ ਕਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਇੱਥੋਂ ਪੜ੍ਹੇ?

ਸਕੂਲ ਦੀ ਪੜ੍ਹਾਈ ਜਾਂ ਟ੍ਰੈਨਿੰਗ ਦਾ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਕੰਮ ਲਈ ਕੀ ਫਾਇਦਾ ਲਿਆ?

### ਪੰਜਾਂ ਭਾਗ - ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

1. ਕੰਮ ਕਰਣਾ ਬੰਦ ਕਰਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ੧੫ ਸਾਲ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜਾ ਕਿਹੜਾ ਕੰਮ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਉਸਦਾ ਵੇਰਵਾ ਦਿਉ। ਜੇਹੜਾ ਕੰਮ ਤੁਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਕਰਦੇ ਸੀ (ਅਰਥਾਤ ਜਿਹੜਾ ਕੰਮ ਤੁਸੀਂ ਸਭ ਤੋਂ ਲੰਬੇ ਅਰਸੇ ਲਈ ਕੀਤਾ ਹੈ) ਉਸ ਤੋਂ ਸੁਰੂ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਟ੍ਰੈਵੀਂਜ਼ ਜਮਾਤ ਤਕ ਜਾਂ ਉਸ ਤੋਂ ਘਟ ਪੜ੍ਹੇ ਹੋ ਅਤੇ 35 ਸਾਲ ਤਕ ਤੁਸੀਂ ਸਿਰਫ ਸਿਖਲਾਈ-ਚਹਿਤ ਮਜ਼ਹਬੀ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ ਕੰਮ ਕੀਤਾ ਹੈ ਤਾਂ ਉਹਨਾਂ ਸਾਰੇ ਕੰਮਾਂ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਦਿਉ ਜੇਹੜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੀਤੇ ਹਨ। ਜੇ ਹੇਠਾਂ ਥਾਂ ਘਟ ਪਏ ਤਾਂ ਅਲਗ ਕਾਗਜ਼ ਤੇ ਲਿਖ ਕੇ ਫਾਰਮ ਦੇ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰ ਦਿਉ।

ਅਗੁਦਾ	ਕਿਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦਾ ਕੰਮ ਸੀ	ਕਦੋਂ ਤੋਂ	ਕਦੋਂ ਤਕ	ਹਦਤੇ ਵਿਚ ਕਿਨ੍ਹੇ ਦਿਨ	ਤੁਨਖਾਹ ਦੀ ਦਰ (ਪ੍ਰਤੀ ਥੰਡਾ, ਰਿੰਨ, ਹਡਤਾ, ਮਹੀਨਾ ਜਾਂ ਸਾਲ)

2A. ਜੇਹੜਾ ਕੰਮ ਤੁਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਕਰਦੇ ਸੀ, ਉਸ ਵਿਚ ਕੀ ਤੁਸੀਂ:

ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

ਕਿਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਮਸ਼ੀਨ, ਐੱਜ਼ਾਰ ਜਾਂ ਸਾਜ਼ੇ-ਸਮਾਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਸੀ?

ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

ਤਕਨੀਕੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਮੁਹਾਰਤ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਸੀ?

ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

ਲਿਖਣ ਦਾ, ਰਿਪੋਰਟਾਂ ਪੂਰੀਆਂ ਕਰਣ ਦਾ ਜਾਂ ਇਹੋ ਜਿਹਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਸੀ?

ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

ਦੇਖ-ਰੇਖ ਅਤੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਦਾ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਸੀ?

ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

2B. ਉੱਪਰ ਜਿੱਥੇ ਤੁਹਾਡਾ ਜਵਾਬ 'ਹਾਂ' ਹੈ, ਉਸ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਦਿਉ: ਕਿਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਮਸ਼ੀਨ, ਐੱਜ਼ਾਰ ਜਾਂ ਸਾਜ਼ੇ-ਸਮਾਨ ਵਰਤਦੇ ਸੀ ਤੇ ਤੁਸੀਂ ਖਾਦ ਕਿਹੜੀ ਕਿਰਿਆ ਕਰਦੇ ਸੀ; ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਹੜੀ ਤਕਨੀਕੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਮੁਹਾਰਤ ਹਾਸਲ ਸੀ; ਤੁਸੀਂ ਕਿਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦਾ ਲਿਖਣ ਦਾ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਸੀ ਜਾਂ ਰਿਪੋਰਟਾਂ ਬਣਾਂਦੇ ਸੀ; ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਨ੍ਹੇ ਬੈਂਦਿਆਂ ਦੇ ਕੰਮ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਦੇ ਸੀ ਅਤੇ ਕਿਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਰਖਦੇ ਸੀ?

**ਪੰਜਾਬ ਭਾਗ - ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਜਾਰੀ)**

2C. ਇਕ ਆਮ ਦਿਨ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਵਿਚ ਕਿਉਂ ਸਰੀਰਕ ਮੋਹਨਤ ਕਰਦੀ ਹੈਂਦੀ ਸੀ - ਇਸ ਦਾ ਵੇਰਵਾਂ ਤੁਸੀਂ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਉਹਨਾਂ ਜਵਾਬਾਂ ਅੱਗੇ ਸਹੀ ਲਗਾ ਕੇ ਦਿਓ ਜਿਹੜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਭ ਤੋਂ ਠੀਕ ਲਗਾ।

ਦਿਨ ਵਿਚ ਕਿਨ੍ਹੇ ਪੰਥੇ ਤੁਹਾਨੂੰ : ਚਲਣਾ ਪੈਂਦਾ ਸੀ?  0  1  2  3  4  5  6  7  8

ਖੜ੍ਹੇ ਹੋਣਾ ਪੈਂਦਾ ਸੀ?  0  1  2  3  4  5  6  7  8

ਬੈਠਣਾ ਪੈਂਦਾ ਸੀ?  0  1  2  3  4  5  6  7  8

ਦਿਨ ਵਿਚ ਕਿਨ੍ਹੇ ਵਾਰੀ ਤੁਹਾਨੂੰ : ਬੱਲੇ ਝੁਕਣਾ ਪੈਂਦਾ ਸੀ?  ਕਦੇ ਨਹੀਂ  ਕਦੇ ਕਦੇ  ਬਹੁਤ ਵਾਰੀ  ਹਰ ਵੇਲੇ

ਹੱਥ ਅੱਗੇ ਵਧਾਣਾ ਪੈਂਦਾ ਸੀ?  ਕਦੇ ਨਹੀਂ  ਕਦੇ ਕਦੇ  ਬਹੁਤ ਵਾਰੀ  ਹਰ ਵੇਲੇ

ਚੁਕਣਾ ਤੇ ਢੋਣਾ: ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਹੜੀ ਸੀਜ਼ ਚੁਕਣੀ ਪੈਂਦੀ ਸੀ ਤੇ ਕਿਨ੍ਹੇ ਦੂਰ ਲਿਜਾਣੀ ਪੈਂਦੀ ਸੀ?

ਸਭ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਭਾਰ ਜਿਹੜਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਚੁਕਣਾ ਪਿਆ?  10 ਪੈਂਡ  20 ਪੈਂਡ  50 ਪੈਂਡ  100 ਪੈਂਡ  100 ਪੈਂਡ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ

ਕਿਨ੍ਹਾਂ ਭਾਰ ਤੁਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਚੁਕਦੇ ਸੀ?  10 ਪੈਂਡ ਤਕ  25 ਪੈਂਡ ਤਕ  50 ਪੈਂਡ ਤਕ  50 ਪੈਂਡ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ

**ਫੇਵਾਂ ਭਾਗ - ਟਿੱਪਣੀਆਂ**

1. ਇਸ ਜਗ੍ਹਾ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਅਪੂਰੇ ਜਵਾਬ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਣ ਲਈ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਇੱਥੇ ਕੋਈ ਹੋਰ ਅਜਿਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਿਸ ਨਾਲ ਮੈਡੀਕਲ ਅਯੋਗਤਾ ਦੇ ਤੁਹਾਡੇ ਦਾਅਵੇ ਬਾਰੇ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਿਚ ਮਦਦ ਮਿਲੇ (ਜਿਵੇਂ ਕੋਈ ਅਜਿਹੀ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਚੋਟ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਿਸਦਾ ਜ਼ਿਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ)।

2. ਕੀ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ? ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਉਹ ਕਿਹੜੀ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦਾ ਹੈ? ..... ਹਾਂ  ਨਹੀਂ
3. ਆਪਣੇ ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਲਈ ਕੀ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਨੂੰ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? ..... ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ, ਸੰਬੰਧ ਅਤੇ ਟੇਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਦਸੇ ਜਿਹੜਾ ਮਦਦ ਕਰਣ ਨੂੰ ਤਿਆਰ ਹੋਵੇ।
4. ਕੀ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਜਾਂ ਉਸ ਦੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਨੂੰ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਟੇਲੀਫੋਨ ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਗੱਲ ਬਾਤ ਵਿਚ ਭਾਸ਼ਾ, ਬੋਲਣ ਜਾਂ ਸੁਣਨ ਦੀ ਕੋਈ ਮੁਸ਼ਕਲ ਤਾਂ ਨਹੀਂ ਹੈ? .....
5. ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੀ ਇੰਟਰਵਿਊ ਲੈਣ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਜੇ ਉਸਨੂੰ ਕੋਈ ਹੇਠ ਲਿਖੀ ਮੁਸ਼ਕਲ ਆਈ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਉਸ ਦੇ ਅੱਗੇ ਸਹੀ ਲਗਾਓ।
 

<input type="checkbox"/> ਪੜ੍ਹਨ ਵਿਚ	<input type="checkbox"/> ਲਿੰਖਣ ਵਿਚ	<input type="checkbox"/> ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਵਿਚ	<input type="checkbox"/> ਸੁਣਨ ਵਿਚ
<input type="checkbox"/> ਬੈਠਣ ਵਿਚ	<input type="checkbox"/> ਸਮਝਣ ਵਿਚ	<input type="checkbox"/> ਹੱਥ ਹਿਲਾਣ ਵਿਚ	<input type="checkbox"/> ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਿਚ
<input type="checkbox"/> ਦੇਖਣ ਵਿਚ	<input type="checkbox"/> ਚੱਲਣ ਵਿਚ	<input type="checkbox"/> ਕੋਈ ਹੋਰ (ਵੇਰਵਾ ਦਿਉ)	
- ਜੇ ਉਪਰ ਕਿਸੇ ਖਾਨੇ ਦੇ ਅੱਗੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਇਆ ਹੈ ਤਾਂ ਉਸ ਕਠਨਾਈ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਦਿਉ।
6. ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰੋ (ਉਸ ਦਾ ਕੱਦ, ਕਾਠੀ, ਭਾਰ, ਵਰਤਾਉ, ਅਤੇ ਕੋਈ ਅਜਿਹੀ ਕਠਨਾਈ ਜਿਸਦਾ ਜ਼ਿਕਰ ਉਪਰ ਨਾ ਕੀਤਾ ਹੋਵੇ)।